

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1903-1904. — N° 35.

DE LA

RÉSECTION SYSTÉMATIQUE DE L'APPENDICE

Dans les Collections suppurées
d'origine appendiculaire

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 7 décembre 1903

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Raoul MADRANGES

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Périgueux, le 17 mars 1881.



LYON, IMPRIMERIE R. SCHNEIDER

Quai de l'Hôpital, 9.

—
1903

DE LA
RÉSECTION SYSTÉMATIQUE DE L'APPENDICE

Dans les Collections suppurées
d'origine appendiculaire

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1903-1904. — N° 35.

DE LA

RÉSECTION SYSTÉMATIQUE DE L'APPENDICE

Dans les Collections suppurées
d'origine appendiculaire

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 7 décembre 1903

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Raoul MADRANGES

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Périgueux, le 17 mars 1881.



LYON, IMPRIMERIE R. SCHNEIDER

Quai de l'Hôpital, 9.

—
1903

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales.		X.
Clinique des maladies des enfants.		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		WEILL.
Matière médicale et Botanique		MONOYER.
Parasitologie.		HUGOUNENQ.
Anatomie		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.		BEAUVISAGE.
Physiologie		LORTET.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie externe		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		MORAT.
Anatomie pathologique		TEISSIER.
Médecine opératoire.		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.		MAYET.
Médecine légale		TRIPPIER.
Hygiène.		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacologie		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		SOULIER.
		FLORENCE.

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire M. DOYON.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes.	MM. POLLOSSON (A.), agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Accouchements.	FABRE, —
Matière médicale	MOREAU, —
Anatomie topographique.	DURAND, —

AGRÉGÉS

MM. ROUX.	MM. SIRAUD.	MM. BÉRARD.	MM. VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.	NOVE-JOSSERAND.	CHATIN.	CAUSSE, ch...
VALLAS.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. M. POLLOSSON, Président ; SIRAUD, Assesseur ;

MM. VILLARD et TIXIER, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Faible témoignage de ma profonde affection.

A MA SOEUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A Monsieur le Docteur TESTUT

PROFESSEUR D'ANATOMIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A mon Président de Thèse

Monsieur le Docteur M. POLLOSSON

PROFESSEUR DE MÉDECINE OPÉRATOIRE
CHIRURGIEN DE L'HÔTEL-DIEU

A Monsieur le Professeur agrégé VILLARD

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

Heureux de pouvoir, ici, témoigner notre vive reconnaissance à ceux qui ne nous ont jamais ménagé ni leurs conseils ni leur appui, nous tenons d'abord à remercier M. le professeur Testut et à l'assurer de notre profonde gratitude. Dans son accueil toujours affectueux, dans sa constante bienveillance, nous avons trouvé un soutien, et nous garderons à tout jamais un doux souvenir des marques de sympathie qu'il nous a prodiguées.

L'idée première de ce travail revient à M. le professeur agrégé Villard, qui a bien voulu nous guider dans son exécution. Nous le remercions respectueusement de son amabilité et de la bonté avec laquelle il nous a toujours reçu.

Que M. le professeur Pollosson veuille bien croire à notre sincère reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Merci, enfin, à nos amis, dont la société nous est si chère, à eux l'assurance de notre profond attachement.

R. M.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

La question du traitement de l'appendicite, vraiment d'actualité, a été l'occasion, plus spécialement dans ces quinze dernières années, de travaux multiples, de discussions nombreuses au sein de diverses sociétés savantes, françaises et étrangères, qui ont contribué à éclairer des points particuliers à ce sujet. Nous ne referons point ici l'historique de cette question traité maintes fois déjà par nos devanciers ; mais résumant, les conclusions générales auxquelles on est arrivé, on peut dire que les auteurs des différents partis sont tombés d'accord sur le point suivant.

C'est que la suppression de l'appendice était le meilleur moyen de remédier aux accidents actuels et de parer aux accidents à venir. Aussi, est-il un point où les dissidences ont encore été nombreuses, c'est celui de savoir si, en présence d'une appendicite suppurée avec abcès péri-cœcal bien limité, l'incision simple était suffisante et si on ne devait pas rechercher et réséquer l'appendice. En principe, tous sont en effet d'avis, qu'on devrait supprimer la cause essentielle de la maladie, mais la plupart redoute en pratique cette intervention et se contente d'une opération toute palliative, puisqu'elle ne détruit pas le mal dans sa racine. Partageant ici les idées de Dicu-

lafoy, Poirier en France, de Sonnenburg en Allemagne, il nous a paru intéressant, sur les conseils de M. le professeur agrégé Villard, de montrer que la cure radicale devait se faire et n'offrait pas les dangers opératoires qui donnent encore à certains chirurgiens une crainte regrettable et exagérée.

Répondant donc aux objections de ces derniers, nous essayerons de prouver d'abord :

1^o Que l'appendice n'est que très rarement détruit par la suppuration, soit au moment où on opère, soit après l'incision simple de l'abcès;

2^o Que cet appendice expose le malade à de nombreux accidents;

3^o Qu'il faut par conséquent en faire l'ablation sans redouter les dangers immédiats de cette intervention et que la résection de l'appendice est le plus souvent praticable et ne présente pas les dangers qu'on a voulu lui attribuer.

CHAPITRE PREMIER

PERSISTANCE HABITUELLE DE L'APPENDICE DANS LES COLLECTIONS SUPPURÉES

Un des premiers arguments en effet, derrière lequel se retranchent les chirurgiens qui se contentent d'évacuer simplement la collection purulente et ne résèquent l'appendicé que s'il se présente sous leur main pendant l'intervention, c'est que le plus souvent, perforé ou sphacélé, celui-ci est éliminé et détruit par la suppuration. Les uns prétendent qu'on le trouve souvent flottant dans l'abcès iliaque, les autres, qu'après incision et pendant le drainage, il disparaît, détruit par le processus inflammatoire.

Nous pensons au contraire, que ces faits sont très rares et ne se présentent pas le plus souvent, comme ont bien voulu le prétendre ces chirurgiens. Nous ne pouvons mieux faire, pour appuyer notre opinion, que de nous en rapporter aux observations qui ont été déjà publiées, et de montrer chez les malades que nous avons pu observer, si la disparition de l'appendice, a été fréquente

C'est ainsi que Walther, dans ces fameuses discussions de la Société de chirurgie, apportant un notable contingent d'observations, s'exprime à ce sujet : « L'appendice, dit-il, est parfois détruit, sphacélé, nous le trou-

vons dans le pus de l'abcès, sous forme de lambeau cylindrique, noir, flasque complètement détaché. Mais cela est rare, et je n'ai observé que deux cas de cette chute spontanée de l'appendice. » Et il cite plus loin douze cas de récidives après incision iliaque simple, bien en faveur de la subsistance de ce dernier.

Et dans une autre séance, il prétend avoir suffisamment insisté par ses observations précédentes et s'élève contre une conclusion de M. Loison avançant que « la nature se charge elle-même de faire le plus souvent une amputation spontanée dans la partie malade de l'organe ».

Mêmes conclusions fournies par les observations de Paul Delbet, sur neuf observations, l'appendice persiste neuf fois, il est plus ou moins altéré, perforé, mais chaque fois on constate sa présence. Certaines de ces observations, signalent même des cas d'intervention à froid, à la suite d'incision simple d'un abcès péricœcal, où l'appendice persiste, il ne s'est donc pas éliminé pendant le drainage.

C'est aussi Poirier qui partage cette opinion, à la séance du 23 janvier 1901 de la Société de chirurgie; il trouve, dit-il, presque toujours l'appendice, 62 fois sur 64 cas.

En Allemagne, Sonnenburg intervient dans 125 cas d'appendicite suppurée et trouve presque toujours l'appendice puisqu'il prétend avoir pu le réséquer sans accidents 92 fois.

Dans sa thèse Villaret, faisant l'anatomie pathologique des abcès appendiculaires, ne signale pas la disparition de l'appendice, au contraire, puisque, dit-il, « nous trouvons tantôt un appendice perforé, en communication avec la

cavité purulente, et celle-ci avec l'intestin, tantôt il ne présente ni récente ni ancienne perforation, il est renflé en massue, en gourde, son canal est dilaté en certains points, rétréci en d'autres. »

En général, si l'appendice se gangrène, ce n'est qu'en partie, et il reste alors deux ou trois centimètres de l'appendice. Mais cet élément anatomique permet néanmoins de redouter des accidents comme Delagènière en a rapporté une observation d'appendicite à répétitions. M^{lle} Gordon, dans son Inaugurale, nous apprend que sur 46 cas, soit de résections, soit d'autopsies, elle a relevé 36 fois des lésions perforantes, 4 fois des perforations multiples, 5 fois des amputations spontanées.

Dans 49 cas, Matterstock a rencontré 37 fois des perforations simples. Nos observations personnelles nous ont permis de contrôler d'autre part, les faits suivants : dans la presque totalité des cas (28 sur 30) l'appendice est conservé à peu près entièrement. La gangrène totale est exceptionnelle (Observations II et XIII), nous l'avons rencontrée deux fois seulement sur nos trente observations, et nécessite la perforation à la base. En général au contraire, et cela d'après nos résultats personnels, on trouve l'appendice avec les caractères suivants : Épaississement considérable de la séreuse et de la sous-séreuse, une ou plusieurs perforations limitées (Observations VIII et XV) le plus souvent, une perforation à la pointe, décapitant quelquefois son extrémité terminale, mais laissant toujours une grande partie de l'appendice susceptible de donner des accidents itératifs de perforation, et d'autre part. des troubles chroniques de dyspepsie ou même des cordes d'étranglement. Dans quelques cas enfin, l'appen-

dice est démesurément long. C'est ainsi que dans les observations VI et XII, l'un mesure 17 centimètres, l'autre 18. Ce dernier, perforé à la pointe, présente à sa partie moyenne un épaississement très dur de la séreuse du volume d'une noix, et localisé seulement à cette partie. Le reste de l'appendice est de la grosseur d'un crayon. Celui de l'observation VI présente aussi un épaississement à la base.

Les faits d'ailleurs, où l'appendice a été trouvé nageant dans la poche purulente, appartiennent tous à des cas où la lésion appendiculaire interessait plus spécialement celui-ci au niveau de son insertion cœcale. En général, en effet, et une moyenne des statistiques est de 84 o/o d'après Weir, en général, dis-je, dans l'appendice avec abcès iliaque avec péritonite circonscrite, l'appendice présente une perforation, mais une perforation qui, même, n'est pas toujours en rapport avec le corps étranger, lorsqu'il existe, siégeant sur son extrémité libre. Qu'exceptionnellement, la lésion porte sur son insertion cœcale, et on pourra le voir sectionné, flotter dans la cavité suppurée. On comprend, en effet, que l'envahissement leucocytaire et microbien et, par suite, la thrombose vasculaire portant sur la base de l'appendice peut avoir pour conséquence le détachement d'une partie ou de la totalité de l'organe, comme l'ont montré Matterstock et Roux, puisque les artères nourricières seront primitivement intéressées. On a vu, néanmoins, des branches artérielles comprises dans les adhérences, assurer la nutrition de la portion amputée. Mais cette appendicectomie naturelle est rare et l'on peut même dire contraire aux constatations chirurgicales.

Nous possédons une observation où, après ouverture spontanée de la collection dans le rectum, l'appendice était bien en place et présentait même des dimensions exagérées.

OBSERVATION (inédite)

M^{me} P..., 26 ans, a présenté, il y a 6 ans, une appendicite à forme pelvienne grave soignée par l'exspection. Après avoir présenté des symptômes de volumineux abcès avec réaction péritonéale vive et température élevée, voit brusquement ces accidents s'amender à la suite de l'ouverture spontanée dans l'intestin de la collection purulente très abondante. Elle guérit rapidement dans la suite. En 1898, elle est atteinte d'un ulcère de l'estomac dû à l'ingestion permanente d'une quantité exagérée de champagne, habitude contractée pendant la première période d'accidents appendiculaires. Elle guérit après des hématomèses très graves. En novembre 1900, rupture d'une grossesse tubaire qui fait courir de très grands dangers à la malade. Opérée par M. Villard, le 5 novembre, au cours de l'intervention, l'abdomen étant largement ouvert et asséché, on reconnaît l'appendice, très volumineux et très long (15 à 16 centimètres) descendant dans l'excavation pelvienne, adhérant par sa pointe au voisinage du fond du cul de sac de Douglas en avant du rectum. Il présente une cicatrice terminale. L'appendice est réséqué en outre de la salpingectomie nécessitée par la grossesse tubaire. Guérison.

Ainsi, voilà un cas où la collection suppurée avait été abandonnée et avait pu évoluer spontanément, où la crise appendiculaire avait été grave et où, pourtant l'appendice était bien en place et présentait même des dimensions exagérées. Quant à prouver que l'appendice ne s'élimine pas au cours du drainage, dans les incisions simples de l'abcès, nous ne pouvons en donner ici, une meilleure démonstration qu'en étudiant les suites

opératoires de ces interventions. Cette question sera surtout résolue quand nous aurons traité des accidents dont sont menacés les malades opérés par incision iliaque simple, accidents tous imputables à l'appendice et témoignant bien, par conséquent, de sa présence.

CHAPITRE II

ACCIDENTS D'ORIGINE APPENDICULAIRES, CONSÉCUTIFS AUX APPENDICITES SUPPURÉES TRAITÉES PAR L'INCISION SIMPLE

Quels sont donc ces accidents ? Quels dangers court un malade qu'on se contente de drainer ? Sur ce point, tous les chirurgiens sont évidemment d'accord ; ils se rendent bien compte qu'ils font une intervention incomplète et que les résultats opératoires, proches ou éloignés pourront ne pas leur donner toute la satisfaction qu'ils auraient pu en attendre, s'ils avaient pratiqué l'ablation de l'organe lésé.

Nous n'allons pas aussi loin que Paul Delbet, qui prétend que dans semblable affection, ce n'est pas le contenu péritonéal qui est dangereux, mais bien le contenu appendiculaire : « l'appendicite est tout, l'abcès presque rien. » Ne pas enlever l'appendice, n'est donc faire qu'une partie de la besogne, la plus petite. Laisser l'appendice, c'est exposer le malade à des complications ultérieures. Mais nous sommes d'accord avec Broca, qui dit : « Quoique ne pratiquant pas la résection systématique, je n'ai pas l'optimisme de Reclus, je pense plutôt, avec Brun, que l'appendice laissé en place est capable de

causer bien des accidents. » Dans sa monographie clinique de 1899, Legueu résumant les opinions thérapeutiques prétend aussi que l'ablation de l'appendice est en principe nécessaire et indispensable. Il est la source première de l'infection et peut devenir le point de départ ou l'occasion de nouveaux accidents.

L'étude de ces complications doit, je crois, être divisée en deux parties : *accidents précoces ; accidents tardifs*.

Accidents précoces. — Nous n'insisterons pas sur une complication précoce, signalée par quelques auteurs et que nous pensons dûe, moins à la persistance du vermium, qu'aux parois de l'abcès enkysté. Nous voulons parler des suppurations prolongées, après l'incision simple, suppurations entraînant de ce fait un long drainage et pouvant favoriser les éventrations. C'est ainsi que Béra s'exprime dans sa thèse : « La suppuration dure en effet longtemps, et si la plaie n'est pas maintenue béante, il se fait de la rétention, et on voit alors apparaître de nouveaux signes d'infection ; tant que l'appendice n'aura pas été éliminé ou ne se sera pas sclérosé, la suppuration subsistera. »

Telle dans la même thèse l'observation du Dr Pauchet, d'Amiens.

OBSERVATION (Thèse Béra)

M. N., 48 ans, opération pour appendicite le 4 mars, évacuation d'un flot de pus, drainage la suppuration dura deux mois.

Mais nous le répétons, nous n'allons point jusqu'à prétendre que l'appendice seul puisse être incriminé, nous allons voir par contre son rôle dans les fistules.

Fistules. — Berger le disait déjà en 1890 à la Société de chirurgie : « Pour empêcher l'établissement d'une fistule pyostercorale, il faut chercher l'appendice, et l'extirper, avec toutes les précautions prises dans les opérations de ce genre. »

Dans son traité de chirurgie d'urgence, Lejars se résume à ce point de vue de la façon suivante : « Il ne saurait être indifférent de laisser dans la place un appendice sphacélé, perforé, putréfié, et nous avons vu à plusieurs reprises des fistulisations prolongées succéder à des interventions qu'on avait dû borner à l'incision simple de l'abcès. »

La persistance de fistules est par conséquent assez fréquente; si nous consultons la statistique de Coittier dans sa thèse, nous voyons que sur 37 malades, 4 ont eu des fistules; ce qui revient à dire que le cas se présente une fois sur 9 malades par conséquent. La suppuration se prolongeant en effet prédispose à cet accident. Lorsqu'il n'y a pas eu prosphysectomie, l'appendice, laissé en place et ne présentant même qu'une perforation, continue à fournir un pus abondant, qui entretient les fistules. Comme nous l'avons du reste déjà expliqué, l'appendice est rarement complètement détruit, même quand son processus de sphacèle est très accentué. Béra dans sa thèse nous signale du reste le fait à propos de la destruction gangréneuse de l'appendice; les attaches de l'appendice ne sont détruites que tardivement, quelques parties peuvent encore être vivantes, en sorte que débris morts et vivants continuent à fournir pendant un temps plus ou moins long des éléments à la suppuration, le foyer ne se comble pas, la plaie se ferme et le pus qui se re-

forme sans cesse entretient une fistule, laquelle peut durer de longs mois et ne disparaître qu'après une intervention chirurgicale.

Il est encore une cause à la persistance de ces fistules ; comme nous le verrons tout à l'heure, que de fois, même après une intervention pour appendicite suppurée, surtout si on n'a pas recherché l'appendice, on voit par la suite s'ouvrir de temps à autre dans la cicatrice retardée de ce fait, des abcès méconnus au moment de l'opération et qui empêchent la guérison du foyer fistulisé.

Et ces fistules sont non seulement purulentes, mais sont encore pyostercorales, comme dans une opération de Demoulin, en 1897, où le foyer de fistulisation était en rapport avec le contenu de l'intestin par la perforation appendiculaire ; le stylet peut souvent par le trajet pénétrer jusque dans le cœcum.

Quoique ne partageant point les idées de résection systématique, M. Reclus s'exprime ainsi dans la *Semaine médicale* : « Brun rapporte une observation d'un malade, qui, après incision de l'abcès sans ablation de l'appendice, vit se produire une suppuration de la fosse iliaque et l'intervention montra un clapier, au fond duquel était l'appendice, distendu par un calcul stercoral. Routier possède une observation de ce genre, et j'ai opéré avec Richelot un jeune homme qui conservait une fistule iliaque : un large débridement nous mena sur l'appendice perforé. Enfin, je viens d'être consulté par un colon de l'île Maurice, opéré depuis longtemps déjà de l'appendicite, et chez lequel persiste un trajet purulent. »

Chapon, rapportant dans sa thèse les propres paroles de Poirier, à propos d'un malade dont il n'avait pu résé-

quer l'appendice, écrivait : « L'appendice n'ayant pas été réséqué, il est possible qu'une fistule s'établisse et persiste plus ou moins longtemps ; dans un cas, où en raison de l'extrême gravité, j'avais dû me borner à l'ouverture d'une collection purulente, qui contenait plus d'un litre de pus enfermé dans une poche dont les parois fibroïdes avaient l'épaisseur du pouce, la fistule ne s'est fermée qu'au bout de deux ans. »

Comme le dit d'ailleurs Cochot dans sa thèse, une bonne résection de l'appendice constitue le traitement prophylactique des fistules. Aussi, lorsqu'il n'y a pas eu prosphysectomie, l'appendice continue à fournir un pus abondant et entretient des fistules qui peuvent persister si longtemps que les malades eux-mêmes réclament l'intervention du chirurgien. Telle, par exemple, l'observation de Tuffier, dont nous rapportons ici seulement les accidents postopératoires.

OBSERVATION (Société de chirurgie)

Jeune homme de 17 ans, entré le 8 août 1893 à l'hôpital Beaujon, opéré le 10 août pour abcès prévésical d'origine appendiculaire. Laparatomie médiane suspubienne ; évacuation de l'abcès. L'appendice n'est pas réséqué. L'état général s'améliore. Mais il persiste une fistule à trajet se dirigeant vers la fosse iliaque droite. Le malade réclame une intervention pratiquée le 23 décembre, c'est-à-dire quatre mois et demi après la première intervention. Un débridement fut pratiqué et conduisit sur l'appendice perforé, résection de l'appendice et de la région cœcale voisine dans l'étendue d'une pièce de 5 francs.

Des faits semblables sont signalés en assez grand nombre dans la thèse de Mlle Gordon, de Kouindjy, de Cochot, aussi pourrait-on multiplier ces observations ; mais

nous ne voulons pas insister sur cet accident, nous le signalons seulement au passage.

Complications éloignées. — Lorsqu'enfin le malade est revenu à la santé, d'autres complications, éloignées celles-là peuvent encore survenir. Complications éloignées est peut-être impropre, car, et nous verrons pourquoi tout à l'heure, elles peuvent se produire très précocement. Ce sont en effet des récidives qui quelquefois surviennent de très bonne heure avant la guérison complète, mais souvent des mois et même des années après la première intervention.

Et tout d'abord, après évacuation d'un abcès, on laisse souvent, dans la cavité abdominale, d'autres foyers suppurés passés inaperçus, et qui continuant à se développer, peuvent produire une péritonite généralisée ou plonger la suppuration et la fistulisation, mais surtout causer des récidives précoces. Nous savons en effet combien la localisation des abcès appendiculaires est variable et parfois même étrange, et quels sièges différents le pus peut occuper dans les abcès à cause des différentes positions de l'appendice lui-même. En outre il y a souvent des collections suppurées aberrantes et qui sans recherche ne tombent pas sous le doigt de l'opérateur.

Aussi, il est fréquent, lorsqu'on se contente d'inciser une collection et de la drainer, de laisser évoluer un ou plusieurs abcès passés inaperçus et qu'on n'a même pas soupçonnés pendant l'intervention. Si la plaie opératoire n'est pas cicatrisée, ces abcès pourront encore faire issue par ce trajet, prolonger par conséquent la suppuration et la fistulisation. Mais si la paroi est déjà réparée, on voit

cependant que l'état général du malade n'est pas satisfaisant et n'est pas ce qu'il devrait être, il va en s'aggravant, la symptomatologie du début refait son apparition, nous sommes en présence d'une récurrence très précoce comme on en voit souvent.

En recherchant l'appendice au contraire, on est obligé de faire une exploration plus attentive et plus délicate, on détruit même des adhérences et on ouvre de la sorte toutes les collections qui peuvent être formées dans le lit de l'appendice.

« La recherche de l'appendice nous conduira souvent à trouver et à ouvrir des foyers secondaires sous-cœcaux ou intracœcaux qui seraient passés inaperçus » nous dit Lejars.

C'est également l'avis de Peyrot : « Je ne crains pas, dit-il, de me livrer à des recherches laborieuses, lorsque je ne le trouve pas tout de suite. Plusieurs fois au cours de ces investigations, j'ai eu la chance d'ouvrir de vastes collections que j'aurai méconnues. »

L'opinion de Sonnenburg : « Quand il y a abcès, la recherche et l'ablation de l'appendice est d'autant plus nécessaire que très souvent, derrière lui, se trouve un second abcès qu'on aurait pu trouver d'une autre manière. »

Celle de Delbet ? « Dans les cas que j'ai opérés, j'ai toujours enlevé l'appendice ; à mon avis, cette extirpation s'impose. En premier lieu, elle n'est pas difficile, il suffit de prendre le cœcum ou même le colon ascendant toujours facile à trouver, en second lieu elle draine les abcès car il en est des suppurations périappendiculaires, comme des suppurations périostitiques. Elles se développent par invasion progressive, le pus gagne de proche

en proche en partant de l'appendice, en pénétrant dans le lit de l'appendice, on pénètre dans le centre de l'infection. » Et jusqu'à Reclus, qui n'est pourtant pas partisan d'une résection systématique et qui affirme « qu'il faut toujours chercher l'appendice, non pour l'enlever, mais pour trouver et ouvrir les abcès qui peuvent exister... La résection; je la considère comme très utile en ce sens que cette recherche est certainement la meilleure manière de découvrir les collections purulentes d'accès difficile », et il cite le cas d'un malade qu'il a soigné avec Trélat et Brissaud « opéré neuf jours après l'ouverture inguinale d'un foyer pour une fusée purulente qui tendait à se faire jour du côté des lombes. »

Dans un article de la *Revue médicale de l'Est*, Bichat dit encore : « L'abandon de l'appendice dans l'abdomen présente un autre danger très sérieux ; il expose à méconnaître des abcès multiples. J'ai observé récemment chez une fillette de 10 ans une appendicite aiguë avec deux abcès, dont le deuxième très profond, englobant l'extrémité de l'appendice qui plongeait dans le bassin, aurait à coup sûr passé inaperçu, si l'on s'était contenté de la simple incision iliaque de la première collection avec exploration superficielle du foyer. La découverte et la libération de l'appendice furent particulièrement difficiles dans ce cas, et ce fut seulement lorsque cette libération touchait à sa fin que l'index ouvrit le second abcès intrapelvien. » Si on ne résèque pas l'appendice, prétend M. Villard, de Bordeaux, « non seulement on s'expose aux récidives, mais on peut méconnaître des abcès multiples ; je puis, dit-il, rappeler le cas d'une jeune fille qui avait du pus dans la fosse iliaque. Tout à fait en bas, je

reconnus l'existence de fausses membranes molles, présentant l'aspect d'une espèce de grosse toile d'araignée. Je voulus examiner ces fausses membranes qui se crevèrent et permirent l'écoulement d'une énorme quantité de séro-pus provenant de la fausse iliaque gauche. Je me permets de vous résumer un autre fait des plus instructifs. C'était ma première opération d'appendicite en 1881. J'étais intervenu malgré les protestations réitérées et sévères du confrère médecin qui voyait le malade avec moi. Après avoir incisé la paroi abdominale, je tombai sur une vaste collection purulente rétrocœcale. Mon confrère qui décidément redoutait l'opération, insista pour que je m'en tinsse à cette simple évacuation. Je ne l'écoutai pas, et voulant me rendre bien compte de l'état de la région, je pus découvrir un second abcès du côté de la symphise sacro-iliaque. Nouvelle insistance du confrère pour m'arrêter et nouvelle désobéissance de ma part. Cette insubordination fut récompensée, car je trouvai un troisième abcès du côté du bassin, contre la vessie. »

Ainsi, un malade qu'on se contente de drainer, dans le cas d'appendicite avec abcès localisé, est exposé peut-être à des accidents péritonéaux graves, et à coup sûr, à une récurrence précoce si on a laissé pendant l'intervention des abcès méconnus qui vont évoluer rapidement. En supposant même que toute la collection suppurée ait été bien drainée et totalement supprimée, que le malade guérisse, sa guérison peut n'être que momentanée et souvent au bout de quelques semaines, de quelques mois, souvent même de quelques années, une nouvelle crise apparaît. De l'avis de Reclus, ces récurrences sont rares, mais il ne peut nier qu'elles se présentent ; Pauchet, d'Amiens, a

comme statistique 1 cas sur 10 environ, on peut citer les cas récidivés de Poirier, Richelot, Routier, Bouilly, Kummel, Reynier, et quel est le chirurgien qui dans ses statistiques opératoires, n'a pas eu de récidives quand l'appendice n'a pas été réséqué. Quinard avoue que sur 25 malades il a dû intervenir secondairement 11 fois, soit pour fistules soit pour récidives. Kummel rapporte deux cas récidivés chez la même personne ; et nous allons laisser la parole à quelques chirurgiens qui nous portent à l'appui de leurs opinions des observations vraiment concluantes. Rapportant 12 cas de récidives, Walther s'exprime ainsi à la Société de chirurgie : « Sur des malades opérés par moi depuis 1890, j'ai vu cinq fois des poussées nouvelles d'appendicite. Deux de ces malades ont été réopérés à froid par moi, un autre à Saint-Antoine, par M. Finet, alors interne de M. Monod : un autre par M. Gazin, dans le service de M. Duplay ; chez trois autres malades que j'ai opérés à froid dans le courant de l'année 1898 pour des poussées répétées d'appendicite, un abcès s'était antérieurement ouvert dans l'intestin (deux fois dans le rectum, une fois dans un point indéterminé de l'intestin, ce qui au point de vue de l'évacuation du foyer revient à peu près au même. Je dois ajouter que j'ai dans mon service un malade qui a déjà eu à trois reprises des poussées secondaires, après une incision d'abcès iliaque remontant à quatre ans. Enfin j'ai opéré l'an dernier une jeune fille dont l'histoire, fort intéressante, montre un type de récidive à très longue échéance.

OBSERVATION

M^{lle} V..., 27 ans, commence à souffrir du ventre en novembre 1882 : diagnostic, douleurs de croissance. Les douleurs vont en augmentant et en février 1883, la malade est obligée de garder le lit. Un abcès se développe dans la fosse iliaque droite et reste fistuleux. Ses douleurs, beaucoup moins vives, persistent toujours ; en 1887, un long ver sort par la fistule. Ce n'est qu'en septembre 1889, plus de six ans après l'ouverture de l'abcès, que la fistule se ferme. Deux mois plus tard, en novembre 1889, elle se rouvre encore, mais pour quelques jours seulement, et, depuis ce moment la malade est considérée comme guérie, la fistule comme définitivement cicatrisée. Le 8 avril 1897, la malade est reprise de douleurs dans la fosse iliaque droite et le 11 avril, la fistule se rouvre, après huit ans de guérison apparente, près de quinze ans après le début des accidents. La fistule siégeait au milieu d'une cicatrice oblique, d'incision iliaque. L'orifice petit, entouré d'un bourrelet, d'un anneau calleux, laissait sourdre chaque jour un peu de sérosité purulente, quelquefois du pus, d'odeur fécale et même des matières, au dire de la malade. L'exploration du trajet fistuleux avec le stylet ne me donna aucun renseignement précis. Le stylet pénétrait jusqu'à une profondeur de sept à huit centimètres sans arriver dans une cavité. Les docteurs Caumot et Lemaître essayèrent sur mon conseil de dilater ce trajet, pour tâcher de découvrir l'orifice profond et de pouvoir par la simple désinfection obtenir la guérison. Après dilatation à la laminaire, on cautérisa le trajet. L'écoulement purulent diminua, mais ne tarit point.

Au mois de mars 1898, la malade revint à Paris toujours dans le même état. La longue durée de la guérison m'avait conduit jusque là à essayer de ces simples moyens palliatifs. Mais l'état général était mauvais. L'intervention était donc absolument indiquée et le 23 mars je fis l'opération.

Pensant toujours qu'il s'agissait d'une fistule pyostercorale, je commençais par disséquer le trajet sur la sonde cannelée. Cette dissection fut assez longue et très pénible. A huit centimètres de profondeur environ, j'arrivai sur une poche renflée qui me parut

être la paroi du cœcum, adhérent sur une large surface. Je décollai assez loin les adhérences, pour bien mobiliser cette paroi, et cela sans ouvrir la cavité péritonéale. Ayant alors sectionné le cylindre fistuleux à deux centimètres environ de l'intestin, je curettai soigneusement le trajet et son orifice d'abouchement intestinal de façon à détruire complètement la muqueuse qui le tapissait, puis je l'enserrai d'une suture circulaire passée dans la paroi sans pénétrer dans la cavité. Le moignon bien désinfecté fut suturé en capiton. La plaie fut réunie, laissant un orifice de drainage par lequel une mèche de gaze tamponnait le moignon. Les suites opératoires furent simples. La cavité de drainage se combla régulièrement malgré l'épaisseur de cette couche de tissu fibreux d'aspect tendineux qui en constituait la paroi.

Je gardai quelques temps la malade en observation et le 15 mai elle retourna dans son pays, semblant complètement guérie.

Le 25 mai, elle éprouva de nouveau des douleurs au niveau de la cicatrice et un nouvel abcès s'ouvrit, la fistule se rétablit. Je me décidais alors à faire une opération plus complète, à ouvrir largement la cavité péritonéale au-dessus du trajet fistuleux pour suturer directement l'intestin.

Après avoir attendu quelques semaines pour intervenir dans les meilleures conditions possibles, je fis, le 23 juin, l'incision de la paroi au-dessus de la cicatrice. Après avoir traversé péniblement une épaisse masse fibreuse, j'ouvris le péritoine et je ne tardai pas à trouver l'appendice long, mais pelotonné sur lui-même, tenant par son extrémité à l'orifice profond de la fistule pariétale.

Après résection de cet appendice et du trajet, je ne pus faire la réunion, à cause de l'état de cette paroi ligneuse, et je me contentai, après avoir réduit la plaie par des sutures aux deux extrémités, de faire un tamponnement. La guérison se fit régulièrement et s'est depuis maintenue.

« Je puis vous citer encore les observations de deux malades, que je n'ai pas opérés, mais que j'ai eu l'occasion d'examiner. L'un est un homme d'une cinquantaine

d'années, vigoureux, qui a eu de nombreuses poussées appendiculaires et chez qui on a déjà ouvert quatre foyers dans la cicatrice. Malgré ces quatre abcès, il garde des douleurs dans la fosse iliaque et la pression détermine une sensibilité tout à fait caractéristique.

« L'autre, un enfant de 12 ans, avait été opéré d'un abcès périappendiculaire. Il semblait guéri, lorsqu'un second abcès se développa et s'ouvrit spontanément dans la cicatrice. Celui-ci était à peine fermé, qu'un troisième se forma plus profondément et détermina une péritonite qui fut opérée, mais, malgré l'intervention, l'enfant succomba rapidement. Voilà donc douze faits dans lesquels une nouvelle poussée d'appendicite est apparue plus ou moins longtemps après la guérison de l'abcès. En général, ces récidives se font assez tôt, au bout d'un ou de deux mois, de trois mois, plus rarement de six mois; mais il est impossible de dire, parce qu'un malade est guéri d'un abcès iliaque, depuis deux ou trois ans, qu'il n'aura plus d'appendicite; puisque vous voyez une guérison apparente datant de huit ans, et cela, près de quinze ans après le début des accidents, aboutir à la formation d'un nouvel abcès. »

Une autre observation, bien démonstrative encore, nous est fournie par M. Gilis, et c'est Poirier qui la rapporte à la Société de chirurgie. Appelé auprès d'un malade atteint d'appendicite aiguë, l'intervention décidée, M. Gilis tomba sur une collection purulente. Il ne crut pas devoir poursuivre « la libération et l'extirpation de l'appendice en un foyer aussi septique, par crainte d'infecter la grande cavité péritonéale », il se contenta donc de drainer. L'opération avait eu lieu le 14 mai 1899.

Soulagement immédiat, la température tombe. Le 4 septembre, nouvelle crise; incision, de nouveau, au niveau de l'ancienne cicatrice, de nouveau pus et drainage. A peine récatrisé, nouvelle récédive, l'abcès s'ouvre spontanément. Nouvelle crise le 22 mars 1900, se terminant par l'ouverture spontanée de l'abcès. Un mois après, résection de l'appendice qui mesure six centimètres.

Autre observation : celle de MM. Hartmann et Mugnet.

OBSERVATION

A. F... 46 ans, entre à l'hôpital Bichat le 11 avril 1897 dans le service de M. Terrier. Ce malade a déjà fait un premier séjour en janvier, dans le service, pour un abcès d'origine appendiculaire rapidement guéri, à la suite d'une incision iliaque. Depuis sa sortie de l'hôpital, le malade éprouvait quelques coliques de temps à autre. Repris de douleurs violentes le 8 avril, il entre le 12, est opéré le 16. Résection de l'appendice. Guérison.

M. Gérard Marchant nous rapporte dans la *Semaine médicale* un fait d'appendicite avec récédives assez intéressant. Le début de l'affection du malade, datant de 1887, date à laquelle il était permis aux chirurgiens de ne pas attribuer à l'appendicite l'existence d'un abcès iliaque, l'intervention ne comporte alors qu'une simple incision pour évacuer la collection purulente.

OBSERVATION

Première opération en 1887; en 1891 de nouveaux accidents avaient fait penser à une ostéite lombaire et quinze jours après la consultation, dont ce diagnostic avait été le résultat, on incisait un abcès lombaire. En 1892, nouveaux phénomènes douloureux; en 1894, on conclut à une lésion de la colonne vertébrale. Huit

jours plus tard, une légère tuméfaction lombaire se produisit ; la fièvre s'alluma et on conclut à une pérityphlite. Incision et évacuation d'une énorme quantité de pus remplissant une cavité au plafond de laquelle il trouve l'appendice qu'il résèque. Cette collection communiquait par une petite ouverture avec une poche lombaire qui fut également évacuée. Guérison.

Enfin nous rapportons ici les paroles mêmes de M. Bichat, sur l'utilité de l'extirpation de l'appendice dans l'opération d'appendicite à chaud. « L'abandon de l'appendice altéré, dans l'abdomen, expose aux récidives et peut faire méconnaître des abcès multiples. Si l'appendice n'a pas été enlevé, on peut assister à des rechutes ultérieures parfois très rapprochées de la première intervention, l'observation suivante en est un bel exemple.

OBSERVATION

M. Louis, 17 ans, entre à l'hôpital dans le service de M. Weiss, le 3 juin 1902, à 3 heures de l'après-midi ; à 7 heures du matin le même jour, il avait été pris d'une crise appendiculaire grave, la température était de 40°,2, le pouls à 136, l'état général mauvais. Le malade fut opéré à 7 heures du soir ; l'incision iliaque donna issue à une abondante quantité de pus d'odeur infecte. On ne peut mener à bonne fin, l'ablation de l'appendice, vaguement senti, plaqué contre la fosse iliaque par des adhérences nombreuses, résistantes, et on dut se contenter de drainer le foyer. Le patient guérit et sort le 7 juillet.

Le 20 août, j'étais rappelé de nouveau auprès de lui, il avait été pris brusquement à 4 heures de l'après-midi de douleurs extrêmement violentes, dans la région appendiculaire, avec vomissements alimentaires et bilieux abondants. Quand je le vis à 8 heures du soir, son état était des plus alarmants, faciès très mauvais, température 37°,4, pouls 170 à peine perceptible, douleurs très vives et contracture extrême de la paroi abdominale. Une opération immédiate fut décidée : lorsque le péritoine fut

ouvert, il s'écoula un peu de liquide infect, et je ne fus pas peu surpris, de découvrir très facilement l'appendice qui ne présentait plus que quelques rares adhérences. Il fut rapidement ramené à l'extérieur et réséqué, il offrait à sa partie moyenne une assez large perforation et le fond était occupé par un pépin de poire. Le malade guérit cette fois définitivement.

Cette observation nous prouve, que rien ne nous permet d'espérer une guérison radicale, à la suite de la simple incision iliaque dans les opérations d'appendicite à chaud ; ni la gravité de l'affection, ni la suppuration et le drainage prolongés, ni la présence d'adhérences englobant l'appendice, ces dernières pouvant fort bien se résorber secondairement, M. Fr. Gross admet qu'il convient en principe dans l'opération de l'appendicite aiguë de réséquer l'appendice. Il rapporte le fait d'une appendicite phlegmoneuse aiguë, où il s'est d'abord borné à ouvrir la collection, et où trois ans plus tard il a fallu en venir à la résection de l'appendice en raison du retour des accidents.

M. Témoin (de Bourges) rapporte aussi des observations de malades, qu'il a dû opérer une seconde fois, pour ne pas avoir réséqué l'appendice à la première intervention.

OBSERVATION (in *Archives provinciales de chirurgie*, 1901)

O... Georges, de Méluin-sur-Sèvre, a eu deux crises légères, l'une le 30 juin, la seconde le 28 septembre 1900. M. Témoin le voit le 15 décembre 1900. Ventre ballonné, douleurs intolérables, la température dépasse 39°, le pouls est à 120. La matité révèle un volumineux abcès.

Opéré le 16 décembre, il sort au moins un litre de pus, il est impossible de rechercher l'appendice, tant le pus est fétide et

abondant. Drainage de la plaie. Tout va bien dès le lendemain. La détente est complète.

Le 21 décembre, l'enfant est moins bien. Ascension de la température, difficulté de la respiration, douleurs sous les fausses côtes. Matité complète, absence de vibrations, souffle intense dans toute l'étendue de ce poumon. Le lendemain la matité est augmentée, la dyspnée considérable; craignant un épanchement purulent rapide, on fait une ponction. On ne retire qu'un peu de liquide séreux, sale. L'état reste stationnaire pendant quelques jours, puis s'améliore; et après trois semaines les accidents diminuent. L'enfant cependant mit près de deux mois à reprendre complètement la santé. Au mois d'avril 1901, alors qu'il se croyait complètement guéri (la plaie était fermée depuis deux mois), une nouvelle crise d'une violence extrême se déclare.

Je suis appelé et me trouvant en présence d'accidents presque aussi graves que la première fois, je décide l'opération immédiate. L'appendice, énorme, remontait le long du cœcum en dehors et un peu en arrière, et un nouvel abcès du volume d'une noix était formé. Les suites furent simples, et le malade se porte très bien.

Nous pourrions encore signaler deux observations de M. Reynier, appartenant à la thèse de Lecorney. Mais nous nous bornons aux observations bien démonstratives que nous venons de rapporter, et que nous ne publions ici d'ailleurs qu'à titre de documents. Ces observations sont en effet multiples, et il serait fastidieux de signaler toutes celles semblables, que nous avons trouvées dans le courant de nos recherches.

Fait indéniable, ces récidives existent donc, se manifestant souvent par une crise aiguë, en tout semblable à la première, souvent par un état appendiculaire subaigu, latent, et comme le dit Vignard dans sa thèse, combien de malades que l'on croit définitivement guéris, présentent encore des troubles variés, des douleurs abdominales,

que l'on doit attribuer à l'inflammation de l'appendice. On peut en effet comprendre la pathogénie de ces accidents; mettons d'abord de côté les cas où l'appendicite est dûe aux mêmes phénomènes, qui ont causé la première crise; cas où une nouvelle oblitération de l'appendice que nous supposons cependant totalement guéri, donnera lieu de nouveau, sous l'influence surajoutée d'une infection quelconque, à un nouveau cortège de symptômes appendiculaires. Nous savons en effet que l'appendicite est une maladie infectieuse, se développant d'une part, sous l'influence d'une infection favorisée elle-même la plupart du temps, par la présence dans l'appendice d'un corps étranger, créant en ce point même du diverticule un vase clos.

On voit alors à quels dangers est exposé un malade qui a eu une première atteinte d'appendicite. L'appendice en effet est enchassé, étouffé dans des brides fibreuses, souvent coudé par des adhérences, et converti en un ou plusieurs vases clos où l'infection pourra un jour ou l'autre se développer. Et c'est là pourtant ce que l'on ose appeler le stade de guérison de l'appendicite, le vermium transformé en cordon fibreux, et oblitéré par endroits. Quant à l'infection elle tire souvent son origine de l'appendice lui-même où elle sommeille depuis la première crise. La transformation fibreuse n'est pas toujours constante et totale, le plus souvent même elle est partielle, et c'est dans le tissu appendiculaire non sclérosé, que couve l'infection; enfin, en admettant même, qu'une partie de l'appendice ait été détruite, ce qui subsiste des follicules appendiculaires reste infecté, quelquefois même très longtemps, comme les examens bactériologiques ont pu le

montrer. A l'appui de cette longue persistance des foyers microbiens dans les débris appendiculaires, M^{lle} Charlotte von Meyer a porté dans sa thèse un nombre important de documents. Élève de Roux, elle soutient les idées que son maître a exprimées lui-même au Congrès français de Chirurgie de 1895.

« Mais le professionnel de l'appendicite, dit-il, garde dans son tissu adénoïde, peut-être à l'état latent de Verneuil, dans les cicatrices résiduales périappendiculaires ou pariétales, tous les éléments nécessaires pour contracter une nouvelle pérityphlite à l'occasion de toutes les hyperémies pathologiques. Voilà pourquoi celui qui a eu une crise d'appendicite a bien des chances d'en avoir d'autres, après quelques mois, après 1, 10, 20 et 40 ans, comme il s'en trouve dans mes observations. » Il se base en effet sur 95 observations qui confirment bien ses appréciations.

Voilà, croyons-nous, l'explication générale donnée à l'étiologie de ces nouvelles crises, récidives vraies, que l'on doit différencier totalement des récidives fausses, occasionnées la plupart du temps par des accidents d'obstruction intestinale, et que nous envisagerons dans un chapitre ultérieur. Certains auteurs vont même jusqu'à dire que ces rechûtes sont encore plus graves que les premières crises, et qu'il importe par conséquent de toute nécessité de les éviter. Ainsi Hotchkiss a publié une observation où la deuxième attaque fut beaucoup plus grave que la première. Nous pouvons nous-même rapporter deux observations inédites qui sont en même temps une preuve à l'appui des récidives et de leur plus grande gravité.

OBSERVATIONS (inédites, communiquées par M. Villard)

1° En 1897 M. Villard opère, dans le service de M. Poncet, en qualité de chef de clinique, un malade, employé à l'usine de produits chimiques Lumière, atteint d'appendicite suppurée typique. Suivant la conduite habituellement adoptée, il se borna à l'incision simple de l'abcès. Le malade guérit rapidement. Deux ans plus tard il revient à l'Hôtel-Dieu avec une appendicite suraiguë à laquelle il succombe rapidement.

2° M..., 50 ans, entre à l'hôpital de la Croix-Rousse pour des accidents péritonéaux mal définis, pouvant faire penser à une appendicite pelvienne. Il est vu par M. Villard. Opéré plusieurs années auparavant par M. Gangolphe pour accidents d'occlusion, sur laquelle la laparatomie exploratrice ne donna aucun renseignement. On pense alors qu'il a pu s'agir à ce moment-là d'une appendicite à forme obstructive. Quelques jours après son entrée, le toucher rectal permet de sentir, haut situé, un abcès intrapéritonéal. Une laparatomie médiane permet d'ouvrir en plein abdomen une collection suppurée, profondément située au bord des anses grêles. Vu la profondeur de la région, M. Villard ne peut réséquer l'appendice et se contente de drainer la collection. Guérison rapide.

L'année suivante, le malade revient dans le service de M. Rollet, avec des accidents de péritonite suraiguë auxquels il succombe. L'autopsie démontre l'origine appendiculaire des accidents.

Reynier et Sébilleau ont également suivi des malades, où la nouvelle poussée appendiculaire, plus sévère que la première, en différerait aussi par quelques symptômes. Dans un cas, entre autres, le malade présentait toute la symptomatologie de l'occlusion intestinale, complication qui d'ailleurs, nous allons le voir, se présente aussi comme accident causé par la présence d'un appendice qui est ou qui a été malade.

Occlusions intestinales. — L'appendice non réséqué, au cours d'une appendicite suppurée, peut donc provoquer des occlusions intestinales ; nous ne considérons ici et n'étudions cet accident que dans les cas où l'étranglement est dû à la persistance de l'appendicé.

Il est d'abord un premier cas que nous devons signaler, mais sur lequel nous passerons rapidement ; nous venons de voir précédemment que le malade dont l'appendice n'a pas été réséqué, est exposé à des récidives. Mais puisqu'il est nettement démontré (comme Marion l'a fait observer dans un récent article et comme notre camarade le Dr Carayon l'étudie dans sa thèse) qu'au cours d'une crise aiguë il se présente souvent des accidents d'occlusion, nous comprenons facilement qu'un malade, atteint d'une nouvelle poussée, pourra faire pendant l'évolution de celle-ci de l'occlusion intestinale, et tel par exemple le cas de Barth où le malade meurt de cet accident dans une récidive. Mais envisageons maintenant le cas où l'occlusion est dûe à l'appendice lui-même, paraissant complètement guéri de sa première atteinte.

Et tout d'abord l'appendice atteint souvent, nous l'avons vu, d'une inflammation chronique, produit, comme Levret en a montré l'importance dans sa thèse, une épiploïte de voisinage qui, petit à petit, finit par occasionner un étranglement de l'intestin. Ici l'appendice est bien à incriminer, indirectement tout au moins.

En second lieu, comme le dit M. Q. Emerson-Brewer, en dehors des cas d'occlusion se manifestant pendant une crise aiguë, on a pu observer des accidents d'étranglement plus ou moins longtemps après l'opération, et ces symptômes peuvent être causés par l'appendice lui-même.

Comme nous l'avons déjà expliqué, après une crise d'appendicite, l'appendice devenu fibreux, au moins partiellement, peut seul provoquer un étranglement de l'intestin. Plus souvent le processus inflammatoire, après évacuation simple du pus, se continue autour de l'appendice, foyer primitif de l'infection. La réaction de défense continue à s'établir, les fausses membranes et les adhérences sont très nombreuses, et l'on trouve souvent au cours d'une seconde intervention des difficultés énormes pour réséquer le vermium ; il est enchassé, il est étouffé dans une gangue fibreuse que l'on sent même quelquefois assez nettement à travers la paroi abdominale. Lorsqu'un mois après comme dans l'observation de Weiss, quelquefois d'avantage, le processus de cicatrisation est terminé, l'appendice est transformé en un cordon fibreux, les adhérences sont devenues fibreuses, résistantes, ont perdu toute leur élasticité, et l'intestin tantôt est pris dans ces éléments néoformés, tantôt au contraire vient se couder contre une barrière fibreuse. Mais le résultat est le même, il y a occlusion intestinale. Le fait se produisant d'ailleurs, quelquefois même après résection de l'appendice, on comprend que celui-ci constituera par sa présence un agent de plus pour obstruer la lumière intestinale, surtout qu'il oriente souvent les fausses membranes.

M. Monod a signalé à la Société de chirurgie le cas d'une malade atteinte d'une occlusion intestinale, par le fait de son appendice qui constituait une bride résistante et que le chirurgien prit jusqu'à la fin de l'intervention pour une néomembrane. Un médecin militaire, M. Giraud, a présenté également à la Société de chirurgie de Lyon, un cas d'occlusion par l'appendice enroulé en spirales

autour du cœcum. En 1894, M. Routier présenta à la Société de chirurgie, un appendice qu'il avait dû réséquer pour des accidents d'occlusion intestinale, appendice sain ou du moins considéré comme tel. « Parti de son insertion sur la face postérieure du cœcum, dit M. Routier, il se portait en dehors puis croisait le cœcum en se portant en dedans et en bas pour continuer avec une bride fibreuse, épaisse comme un crayon, bride qui s'insérait très fortement dans le petit bassin, et tout le long du détroit supérieur jusqu'à l'articulation sacro-iliaque droite. A travers cet anneau ainsi formé le cœcum avait fait hernie de façon à le déborder de 12 à 15 centimètres, il était assez fortement serré à ce niveau. »

Telle encore l'observation de Emerson Brewer rapportée dans la thèse de Cochot, où la malade opérée, par le drainage seulement d'une appendicite suppurée fut prise tout à coup alors que la guérison était à peu près complète, d'une attaque d'obstruction intestinale. La laparotomie qui fut faite, montra un petit noyau de gangrène produit par un étranglement dû à une adhérence.

L'auteur, intrigué par cet ensemble de symptômes, put examiner peu de temps après à l'amphithéâtre, un sujet porteur d'un appendice de 11 centimètres, appendice couché transversalement sur la face antérieure du ligament large droit et de là jusqu'au ligament large gauche, et qui maintenait nettement l'utérus en rétroversion. L'appendice perforé et nécrosé en partie était maintenu par de fortes adhérences.

En dernier lieu, je crois qu'on doit aussi attribuer les accidents tardifs d'occlusion intestinale à ce que certains auteurs appellent une fausse récurrence. L'appendice est

l'objet d'une nouvelle poussée inflammatoire, mais le tout se borne à une péritonite plastique rapidement établie, dont les adhérences étranglant l'intestin, voilent les symptômes appendiculaires primitifs, par des symptômes d'occlusion.

Dyspepsie appendiculaire. — Il nous reste enfin à étudier une affection qui vient de prendre place dans le cadre nosologique clinique, affection qui peut se présenter lorsqu'on laisse dans l'abdomen l'appendice malade. Nous voulons parler de la dyspepsie appendiculaire. M. Longuet dans la *Semaine médicale* de 1903 a appelé l'attention sur cette affection étudiée également dans la thèse de notre camarade le Dr Goursolas.

Et il ne faut pas entendre par ces termes dyspepsie appendiculaire, l'état dyspeptique antérieur à une crise d'appendicite et qui souvent lui a donné naissance, mais bien un ensemble de symptômes gastro-intestinaux où la constipation semble tenir la première place, provoqué par une inflammation de l'appendice sans autre manifestation bien évidente, et que son ablation guérit invariablement.

La pathogénie de cette affection peut tenir à plusieurs causes qui jouent un rôle plus ou moins combiné.

Pour Walther, l'infection entretenue par la folliculite en évolution peut en effet se propager à tout le tractus intestinal par la voie lymphatique et se traduire cliniquement par des troubles digestifs variés « par cette teinte terreuse de la face si caractéristique, par de petites poussées de congestion hépatique par la perte des forces. »

On peut encore l'expliquer par l'atonie réflexe consécutive à une inflammation du péritoine ou de la muqueuse

appendiculaire, d'après une sorte d'application de la loi de Stocks : tout muscle sous-jacent à une muqueuse ou séreuse enflammée se paralyse. Enfin l'appendice lui-même au sein de ses adhérences, peut souvent exercer sur l'estomac et sur l'intestin des tractions, et provoquer de la sorte des accidents gastro-intestinaux. En somme, et c'est encore la conclusion du Dr Goursolas, la suppression de l'appendice est la meilleure méthode de traitement.

Signalée par Talamon, Jalaguier, Ewald, cette affection s'est présentée chez des malades dont l'appendice après une ou plusieurs crises antérieures était chroniquement enflammé.

Or, après une intervention sans résection de l'appendice, nous avons établi que le malade était enclin aux récidives, que souvent le vermium était atteint d'une inflammation latente qui couvait silencieusement. Par conséquent, cette lésion pourrait un jour se traduire cliniquement par les troubles gastro-intestinaux déjà cités, en un mot par de la dyspepsie appendiculaire. L'observation suivante confirme en tous points ces idées.

OBSERVATION (in thèse Goursolas 1903)

M^{lle} D... 10 ans. Appendicite pour la première fois en octobre 1899. Opérée trois semaines après, par Barnoly (de Tours) qui l'opère dans un état de cachexie profonde. Un demi litre de pus s'écoule par la plaie. Il draine et l'enfant guérit ; fistule refermée deux mois et demi après.

Mais depuis ce moment l'enfant ne reprend pas. Elle accuse des troubles dyspeptiques ; constipation habituelle et opiniâtre ; tous les huit jours environ, elle a de petites crises avec nausées, vomissements. Douleurs vagues, tantôt à droite, tantôt à gauche, donnant à peu près la symptomatologie d'une indigestion.

Vue par Témoin, de Bourges, le 10 mars 1900. Le diagnostic est hésitant. L'ensemble symptomatique ne présente rien de caractéristique, au point que l'on pense, un instant, à une néphrophthose à gauche s'accompagnant de troubles digestifs variés. Un examen plus minutieux et souvent répété fait reconnaître une douleur à la pression dans la fosse iliaque droite avec, peut-être, un léger empâtement. Témoin porte le diagnostic d'appendicite latente récidive porstopératoire.

Opération le 18 mars 1900. Le ventre ouvert, le cœcum apparaît nettement avec son appendice libre, sans adhérence aucune, paraissant sain. En le tirant il apparaît plus gros et porte à son extrémité un renflement gros comme une lentille que l'on trouve rempli de pus. Résection de l'appendice.

Suites opératoires favorables. La malade guérit complètement et depuis n'a jamais ressenti les symptômes qu'elle présentait avant l'intervention.

CHAPITRE III

INNOCUITÉ DE LA RÉSECTION DE L'APPENDICE ET MANUEL OPÉRATOIRE

Nous venons de voir les accidents auxquels était exposé un malade qu'on laissait en possession de son appendice ; il est bien certain que tous ne sont pas atteints par ces complications, mais quoi qu'il en soit, la perspective de ces accidents est une raison suffisante pour rendre nécessaire la résection de l'appendice au milieu d'un foyer de suppuration, à la condition, ajouteront certains chirurgiens, que ces manœuvres n'exposent pas le malade à plus de dangers que l'abandon de l'appendice dans la cavité abdominale. Nous croyons ici pouvoir affirmer que ce temps de l'opération permet de débarrasser à tout jamais le malade de cette affection et qu'il n'est pas aussi dangereux qu'on a bien voulu le dire.

En général, et tous les chirurgiens sont d'un avis unanime sur ce point, après évacuation de l'abcès, si l'appendice se présente accessible au centre du foyer, on l'enlève et il ne viendra à l'esprit de personne, aussi modéré qu'il soit, de le respecter. Mais il ne tombe pas sous les yeux ou sous les doigts de l'opérateur ; faut-il alors le chercher ? Là, commencent les dissidences. Un premier groupe de

chirurgiens répond qu'il ne faut pas le rechercher, ou, du moins, être très modéré dans ces manœuvres et ne pas poursuivre si on ne le retrouve pas facilement. C'est Lucas Championnière qui ne juge pas nécessaire la résection de l'appendice ; Broca, qui est également de cet avis, car il pense qu'après une première intervention, le vermium se sclérose et reste définitivement silencieux. Nous avons fait justice de cette manière de voir. Kirmisson prétend qu'il ne résèque que quand il intervient en pleine péritonite, sans quoi l'appendice, pour lui, fait partie des parois de l'abcès. Routier est encore de cet avis, « s'il ne me vient pas sous la main, dit-il, je le laisse, mais je sais pourtant que je fais une opération incomplète, car un certain nombre de malades, ainsi opérés, ont souvent besoin d'une opération plus radicale secondairement. »

Admettant aussi les idées générales d'infection possible et redoutant, en outre, la déchirure du cœcum dont les parois sont plus ou moins altérées, M. Reclus est partisan d'une recherche, mais aussi modérée que possible. MM. Loison, Bazy ont eu sous les yeux des exemples d'accidents et ont même présenté à la Société de chirurgie des observations de récidives ; ils partagent. néanmoins, les mêmes idées que les chirurgiens déjà cités. M. Guinard, d'après sa statistique, conclut qu'il faut intervenir à nouveau dans 40 % des cas et se demande pourtant, si cela ne vaut pas mieux que d'infecter son malade qui succombera à une péritonite généralisée. Nous avons, enfin, déjà rapporté l'observation de M. Gilis, où le malade fait plusieurs récidives ; à la suite de ce cas, il prétend qu'il ne se déclare pas partisan d'une résection systématique, mais qu'il aurait dû poursuivre chez son malade l'appendice

avec plus d'insistance. De tous ces chirurgiens, M. Lejars serait encore le plus systématique, quoiqu'il conseille de s'arrêter de bonne heure dans la recherche de l'appendice et de ne pas insister si on ne le trouve pas.

D'autres chirurgiens, entrevoyant bien la nécessité de l'ablation de l'appendice, sont partisans d'une méthode que l'on pourrait qualifier de méthode mixte. Ils font pour ainsi dire une opération en deux temps : M. Reynier pratique, en effet, les idées suivantes : la première opération consistera en une simple incision, temps préliminaire à la seconde et grande intervention où l'on fera la résection de l'appendice à froid. M. Phocas, craignant de détruire des adhérences salutaires, d'infecter le péritoine, estime également qu'il faut attendre, laisser guérir le malade et pratiquer la résection à froid. Assez brillante en théorie, on ne saurait dire combien cette méthode est déplorable en pratique. Malgré les progrès de la chirurgie actuelle, et plus particulièrement de la chirurgie abdominale, pourquoi exposer, à deux reprises différentes, le malade aux accidents d'une laparatomie. N'y aurait-il à redouter seulement que les dangers de l'éventration qui sont si fréquents à la suite d'intervention pour appendicite ? Il est indéniable, en outre, qu'un malade bien portant ne comprendra que très difficilement la nécessité d'une seconde intervention et se souciera fort peu de subir une nouvelle opération qui lui paraîtra absolument inutile et qu'il refusera inévitablement.

En résumé tout chirurgien qui, en présence d'une appendicite avec péritonite enkystée, se contente d'inciser la collection et de la drainer, de ne réséquer l'appendice que s'il se présente sous la main, justifie son intervention, par

les arguments suivants Tout d'abord, on s'expose dans les manœuvres de recherche, à provoquer chez son malade une péritonite généralisée ; on opère en effet sur un foyer suppuré bien localisé, circonscrit nettement par des adhérences, qui empêchent l'infection de se propager à tout le péritoine. En recherchant l'appendice, les mains souillées de pus vont disséminer les germes infectieux dans le péritoine sain, les adhérences sont détruites, et l'on aura ainsi une porte d'entrée à la péritonite généralisée.

On s'expose, en outre, en libérant l'appendice, à déchirer la paroi du cœcum, rendue souvent très friable et très fragile par le processus infectieux.

Les partisans de cette méthode modérée, objectent enfin que l'état du malade, ne permet pas de prolonger l'intervention, et que l'on doit s'en tenir, pour faire une opération plus rapide et de ce fait moins dangereuse, à l'évacuation simple de l'abcès. Nous répondrons à ces arguments, en exposant ici les idées pratiquées par M. Villard, et en rapportant à ce sujet le manuel opératoire.

Bien que cette opinion puisse paraître paradoxale, il est peut-être moins dangereux, de réséquer un appendice à chaud, en plein foyer purulent, que d'intervenir à froid pour réséquer cet organe. Dans le premier cas, on intervient sur une cavité péritonéale cloisonnée, et la collection purulente guide le doigt sur la lésion appendiculaire qui en est l'origine. Si quelques fautes d'antisepsie se produisent, elles seront sans conséquence, en raison des adhérences protectrices. Dans le second cas au contraire, c'est en plein péritoine sain, au milieu des anses intesti-

nales flottantes, qu'il faudra rechercher l'appendice quelquefois longuement, en raison des anomalies de positions fréquentes de l'organe. Que la ligature du moignon soit mal faite, qu'une faute ait été commise au cours de l'intervention, c'est la péritonite généralisée que l'on risque. Cette première considération vient donc en faveur de la résection immédiate de l'appendice. Les objections que l'on a élevées contre cette manière de faire relatives à la difficulté de trouver l'organe et aux dangers de déchirures des adhérences protectrices ne doivent pas arrêter le chirurgien, car elles relèvent alors d'une technique défectueuse dans la recherche du vermium. Il ne faut point espérer le rencontrer flottant dans la cavité de l'abcès, cette situation est tout à fait exceptionnelle, et les chirurgiens qui se bornent à le réséquer dans ces conditions ne doivent le faire que bien rarement, M. Villard ne l'a jamais rencontré ainsi au cours de ses interventions.

L'idée qui doit diriger les recherches est anatomo-pathologique; l'appendice fait corps avec les parois de l'abcès et le contenu appendiculaire se déverse dans celui-ci. Il est donc inutile de rompre la barrière des adhérences, il faut chercher l'appendice en dedans de celle-ci et non point en dehors, en péritoine libre. Le second point important a trait à la consistance de l'organe. Celui-ci est tuméfié, épaissi, induré, et donne au doigt qui le recherche, l'impression d'un gros cordon dur, contrastant par sa consistance avec la mollesse relative des parois de l'abcès. C'est donc au toucher digital et non à la vue qu'il faudra se fier pour rechercher l'appendice. Le doigt introduit dans la cavité de l'abcès après éva-

cuation totale de celui-ci doit explorer avec beaucoup de précautions et par frôlements les parois de la collection ; en un point il percevra l'induration révélatrice de l'appendice, et par de petits mouvements prudents, il le décollera peu à peu de sa gangue. Ces manœuvres seront comme on le voit, limitées à l'intérieur du foyer d'enkystement de l'abcès et ne risqueront nullement la diffusion des agents infectieux.

En pratique, le manuel opératoire adopté par M. Villard est le suivant : après incision de l'abcès celui-ci est évacué et asséché au moyen de compresses pour éviter l'écoulement de liquide septique si des adhérences étaient déchirées involontairement ; le doigt introduit dans la cavité recherche, comme il a été précédemment décrit, l'appendice, et cherche à l'attirer au dehors. L'organe est quelquefois difficilement mobilisable ; en conséquence, aussitôt qu'il a été possible d'attirer son extrémité au dehors, si les manœuvres de décortication sont difficiles, on a recours à la résection sous-séreuse suivant le procédé de M. le professeur Poncelet, manœuvre qui facilite considérablement l'intervention. Dans deux de nos observations, des appendices de 18 centimètres ont pu être réséqués par ce procédé ; une ligature est faite à la base de l'organe, et la cavité de la collection est drainée avec des mèches de gaze aseptique. Cette dernière pratique a pour but de faire contracter des adhérences aux anses intestinales qui constituent la paroi, de renforcer celles déjà existantes et d'en créer de nouvelles, au cas où quelques-unes d'entre elles trop faibles, se soient déchirées pendant les manœuvres. Il faut ajouter d'autre part, que nous sommes intimement convaincus que l'on a

exagéré considérablement les dangers de diffusion de la péritonite. Le péritoine est préparé par la suppuration de voisinage à une défense énergique et nous verrons tout à l'heure, quelle est à ce sujet l'opinion des divers chirurgiens partisans de la résection systématique, qui pour nous serait peut-être trop audacieuse. Plusieurs fois dans les observations que nous rapportons, des déchirures étendues d'adhérences ont été faites sans qu'il en résultât le moindre inconvénient, mais après avoir évacué totalement d'abord la collection suppurée et avoir favorisé la formation de néoadhérences par l'introduction de mèches de gaze dans l'intérieur du foyer. Et en fait dans nos trente observations, nous n'avons eu aucun décès ou plutôt un décès, mais qui n'est sûrement pas la conséquence du mode d'intervention (Observation XVIII). Nous voyons par conséquent que ce grand danger d'infection du péritoine qui est l'argument principal des chirurgiens modérés peut par conséquent, être facilement évité par ce manuel opératoire et si l'on croit surtout aux idées émises par de nombreux chirurgiens sur la crainte chimérique d'inoculer le péritoine.

C'est tout d'abord Poirier, qui défend cette idée à la Société de chirurgie, et dont le manuel opératoire ne réclame pas les précautions que nous avons signalées : « Le procédé auquel nous avons recours actuellement, dit-il en 1901, n'a rien de personnel, si ce n'est peut-être que nous l'appliquons *larga manu* ; nous pénétrons par le bord externe du muscle droit, nous allons à la recherche de l'appendice, sans aucun souci d'épargner la grande cavité péritonéale ; nous cherchons aussi laborieusement et aussi loin qu'il le faut l'appendice, nous le trouvons

presque toujours, 62 fois sur 64, et le réséquons en totalité », et sur 9 cas d'appendicite aiguë, avec un ou plusieurs abcès, il enregistre 9 succès.

Et en 1902 il ajoute : « Les faits m'ont démontré que les craintes d'infection du péritoine étaient vaines, bientôt j'en arrivai à l'ouvrir de propos délibéré, les doigts souillés du pus des abcès périappendiculaires. »

M. Brun dans la même séance partage cette opinion : « Je n'ai, prétend-t-il, jamais observé d'accidents, et je n'ai jamais en particulier vu se produire l'inoculation péritonéale redoutée de plusieurs de nos collègues. »

M. Villar, de Bordeaux, pratique encore les mêmes idées que M. Villard, de Lyon, à propos du manuel opératoire, et semble peu redouter la péritonite généralisée. Il s'exprime d'ailleurs en ces termes : « Il va de soi que je ne cherche pas de parti pris à faire de grands délabrements. Ce qui différencie ma pratique de celle de bon nombre de chirurgiens, c'est que je ne crains pas d'en faire lorsque c'est nécessaire, et que je n'attache pas une grande importance à la destruction des adhérences, ni à l'ouverture de la cavité péritonéale. Si je suis arrivé à cette conclusion, c'est qu'il m'a été démontré par les faits de ma pratique qu'on avait beaucoup exagéré les dangers d'inondation du péritoine.....; tout d'abord, on peut protéger ce péritoine au moyen de compresses stérilisées. En supposant même que le pus touche le péritoine, je ne crois pas que ce soit un gros danger; dans un grand nombre de mes opérations, je pourrais dire dans la plupart, l'intestin grêle, libre au fond de la plaie s'est trouvé plus ou moins en contact avec le liquide pyo-gangréneux de la fosse iliaque. Or, sans parler des malades guéris

malgré ce contact, je n'ai jamais pu lui attribuer nos succès, qui étaient généralement explicables par l'état des malades au moment où j'étais appelé à les opérer. »

Quant à M. Bichat, ses idées et son manuel opératoire sont en tous points conformes aux nôtres. « Il est possible, dit-il, de mener à bien avec de la patience et de la douceur la découverte et l'ablation de l'appendice, qui seule permet d'affirmer pour la suite une guérison complète et définitive. » M. Weiss est d'avis qu'il y a effectivement tout avantage à rechercher l'appendice et à l'enlever ; il ne faut pas oublier de prendre dans ce cas deux précautions importantes : désinfecter complètement le foyer et protéger le reste de la cavité abdominale en plaçant des compresses autour du foyer. M. Weiss ajoute qu'il est quelquefois très difficile de trouver l'appendice, il se base souvent pour déceler cet organe sur la présence de fausses membranes indurées, cette induration paraît être un excellent signe révélant la présence de l'appendice.

Enfin nous pouvons encore citer Dieulafoy, Peyrot, Tuffier, tous pratiquant ces idées et partisans de la résection systématique. Les chirurgiens allemands confirment eux aussi ces théories par leurs résultats opératoires ; partageant toutes les idées que nous avons émises dans le courant de ces lignes, Sonnenburg pose aussi que l'infection du péritoine n'est pas à redouter, avec quelques prudentes restrictions cependant : « Il est particulièrement important que le péritoine soit intact, et qu'il ne présente pas traces d'inflammation. C'est une condition *sine qua non*. S'il est intact, l'ouverture du péritoine n'est pas dangereuse, quand même il existe du pus dans le voisinage. »

Quand à Rehm, il ne redoute pas non plus l'infection de la cavité péritonéale qui ne se produit pas d'après lui, aussi facilement qu'on pourrait le croire.

Aussi, après semblables témoignages et en se conformant en outre au manuel opératoire et aux observations que nous avons rapportés, croyons-nous pouvoir affirmer qu'on ne doit pas redouter, lorsqu'on veut réséquer l'appendice au sein d'un foyer suppuré l'infection générale facilement évitable.

Les deux autres arguments des chirurgiens modérés sont évidemment secondaires ; dire que le cœcum peut être déchiré au cours des manœuvres de recherche est certainement bien exagéré. Le cœcum ne participe pas toujours à l'inflammation, et d'autre part cet accident est si rare, que ce ne serait, peut-on dire, vraiment pas en faveur de l'habileté et de la dextérité du chirurgien à qui cela arriverait. Nous le classerons même au nombre des fautes opératoires qui peuvent mais ne doivent pas être commises au cours d'une appendicectomie.

Quant à l'état général du malade qui peut, disent-ils, nécessiter l'arrêt de l'opération et par suite de la recherche de l'appendice, c'est encore une exception. Comme Villar, de Bordeaux, le dit lui-même, ce serait évidemment une contre-indication dont on devrait tenir compte, mais c'est l'exception ; dans l'appendicite à péritonite enkystée en effet, aussi grave que soit l'état général du malade, il ne le sera que rarement assez pour forcer le chirurgien à cesser le plus rapidement possible l'intervention. Il est bien certain que le cas est tout autre si on n'opère le malade qu'en raison des symptômes généraux alarmants et prolongés, si en un mot l'inflammation tend

à se généraliser au péritoine ; la faute du chirurgien sera alors d'avoir voulu trop temporiser.

Nous le voyons, sans être vains, tous les accidents que l'on redoute dans la recherche de l'appendice, peuvent être facilement éloignés, c'est pourquoi il faudra toujours la pratiquer ; si on n'arrive pas à découvrir l'appendice, si réellement les difficultés sont insurmontables, si la prolongation des recherches peut faire craindre des dégâts importants, on devra arrêter ces manœuvres. Mais l'abandon de l'appendice doit être l'exception et rares d'ailleurs sont les cas où l'intervention ne peut être complètement terminée. C'est ainsi que sur nos 30 observations, deux fois seulement l'appendice n'a pu être réséqué et encore dans ces deux cas, on doit tenir compte des conditions défavorables dans lesquelles a eu lieu l'intervention (observations XX et XXV).

OBSERVATIONS INÉDITES

(Communiquées par M. Villard)

OBSERVATION I

P. Eugénie, 17 ans, entre le 1^{er} décembre 1902 à l'hôpital de la Croix-Rousse pour une troisième crise d'appendicite ; elle présente tous les symptômes d'abcès appendiculaire. Intervention le 3 décembre. Incision des téguments, décollement du péritoine pariétal de la fosse iliaque, jusqu'en un point où l'épaississement de la séreuse permet de constater une zone d'adhérences protectrices. Ecoulement d'une notable quantité de pus. *Recherche de l'appendice assez laborieuse*. Celui-ci est trouvé tuméfié, perforé à sa partie moyenne. Il se rompt dans les tentatives d'extraction. Le bout cœcal est retrouvé très court, réséqué par la méthode sous-séreuse au ras du cœcum. Suture du moignon par deux plans

d'enfouissement. La malade sort complètement guérie le 16 janvier.

OBSERVATION II

V. André, 17 ans, entre le 19 décembre 1902, salle Saint-Pothin malade depuis le 14 décembre, il présente tous les symptômes d'appendicite suppurée. Etat général peu satisfaisant, température autour de 40°, pouls à 112. Opération le 20 décembre. On tombe sur une volumineuse collection purulente qu'on évacue. La recherche de l'appendice est difficile et dure assez longtemps. Il est trouvé complètement détaché du cœcum sous l'apparence d'une petite lame de tissu sphacélé. La 22 décembre la température est descendue mais demeure à 39°, on enlève la mèche et on trouve derrière une certaine quantité de pus. Le malade sort guéri le 12 février.

OBSERVATION III

M. Léon, 15 ans, entre salle Saint-Pothin le 29 août 1902 pour appendicite suppurée ayant débuté le 25 août. L'état général est mauvais, il y a de la prostration, la température est à 37°8, le pouls à 128, les urines rares et foncées. Intervention le jour de son entrée ; dès l'incision de la paroi, on note de l'œdème des tissus, après ouverture de la cavité péritonéale, on voit sourdre quelques gouttelettes de pus issues d'une collection assez abondante située tout près de la face inférieure du foie. Cette collection est évacuée. On va à la recherche de l'appendice, on le trouve après des manœuvres assez laborieuses en position rétrocœcale et adhérent à la face externe du cœcum, on l'attire au dehors et on le résèque, on pratique une ouverture latérale, on place un drain et des mèches de gaze. L'appendice est très volumineux, très congestionné ; dans la cavité existait une boulette stercorale qui avait amené la perforation à la base. La malade sort guérie le 12 octobre 1902.

OBSERVATION IV

L. Frédéric, 16 ans, a eu deux crises d'appendicite en 1902 et est opéré le 6 février 1903 pour une collection suppurée d'origine appendiculaire. Après incision on tombe sur un liquide louche d'aspect puriforme. Plus profondément on trouve une collection purulente, on recherche l'appendice qu'on retrouve assez facilement, il est court, épaissi, et perforé à son extrémité. On place des mèches. La cicatrisation est légèrement retardée par une longue supuration. Le malade est complètement guéri le 16 avril 1903.

OBSERVATION V

A. Claudine, 17 ans, entre le 13 octobre 1902 pour une appendicite suppurée qui a débuté le 3 octobre. Faciès péritonéal, yeux excavés, langue sèche, température 39°5. Intervention le 14 octobre. Incision de la fosse iliaque droite ; collection suppurée assez volumineuse s'étendant du côté du petit bassin et remontant dans la région rénale. Ce prolongement nécessite une controuverture postérieure. Après un quart d'heure de recherches laborieuses et alors qu'il allait être abandonné, on trouve l'appendice entouré d'épaisses adhérences, il est réséqué par la méthode sous-séreuse. Il a 10 centimètres environ, gangrené à sa pointe sur une étendue de 3 centimètres seulement. Pas de complications ultérieures. La malade sort complètement guérie le 2 décembre.

OBSERVATION VI

Q. François a présenté quelques accidents appendiculaires en 1900 et entre le 14 octobre 1902 avec tous les signes de collection appendiculaire. Opéré le 25 octobre. Incision au niveau de la fosse iliaque droite. Le doigt conduit sur une zone d'induration rétro-cœcale où une collection purulente assez volumineuse est ouverte. La recherche de l'appendice est difficile et rendue laborieuse par la solidité des adhérences péricœcales. L'appendice est découvert perforé à son extrémité et très épaissi à ce niveau. Il se rompt, le moignon appendiculaire est ressaisi et la décortication

de l'organe a lieu suivant la méthode sous-séreuse. Il est réséqué au ras du cœcum, il a 17 centimètres, drainage avec drain et mèches. Le malade sort guéri le 26 décembre.

OBSERVATION VII

M. Joséphine, 19 ans, entre salle Sainte-Catherine le 2 septembre 1902 pour une appendicite avec abcès enkysté. L'état général est peu satisfaisant. Faciès pâle, émacié, langue rôtie, soif intense, température 40°,2, pouls à 120. Opération le 3 septembre 1902. Incision abdominale latérale, œdème des téguments, écoulement d'une grande quantité de pus. Recherche de l'appendice, il est trouvé haut situé, son extrémité libre est gangrenée et perforée; son extrémité adhérente au cœcum paraît saine. Résection, drainage à la *Mickulicz*. Le 3 décembre la malade sort guérie, les suites opératoires ont été très simples.

OBSERVATION VIII

J. Eugène, 18 ans, entré le 29 juillet 1902 pour une appendicite suppurée, a eu déjà, en 1901, des coliques appendiculaires, avec formation d'un plastron abdominal. Guéri au bout de trois semaines par un traitement médical. Opération le 31. Incision de la paroi abdominale, on tombe sur un petit abcès localisé contre l'arcade crurale droite et d'où s'écoule environ un verre à Bordeaux de pus. Après quelques recherches l'appendice est trouvé, réséqué par la méthode sous-séreuse; il est très développé et présente à son extrémité libre trois ou quatre perforations. On place une mèche pour drainer. Suites opératoires simples à part une petite fistule stercorale qui dure deux jours. Guérison.

OBSERVATION IX

J. Louise, 21 ans, entre à Sainte-Catherine le 17 mars 1903. Dans les premiers jours de mars elle éprouva une violente crise douloureuse abdominale, et dit que son ventre aurait à ce moment présenté à droite, une tuméfaction visible et sensible à la palpation. Une nouvelle crise survient dans le service. Opérée le 7 avril. Après incision de la paroi, issue d'une certaine quantité de pus;

le péritoine périappendiculaire est très épais. L'appendice est réséqué, il a 9 cent., n'est pas perforé, et sa séreuse est très épaissie dans les deux tiers terminaux. La guérison s'établit rapidement.

OBSERVATION X

P. Pierre entre le 17 juin 1902 pour une affection ayant commencé le 10 juin. Le diagnostic d'appendicite avec péritonite enkystée est porté et confirmé par l'intervention qui a lieu le 27 juin. L'incision des téguments laisse écouler une centaine de grammes d'un pus fétide, parfois granuleux, et tenant en suspension quelques boulettes de matière fécale. Après avoir détergé la poche, on va à la recherche de l'appendice, qu'on trouve après quelques manœuvres un peu laborieuses, collé en arrière contre la paroi iliaque, au-dessus des vaisseaux iliaques. Ses adhérences empêchent de l'attirer au dehors, on fait la résection sous-séreuse, on met une mèche de gaze dans la poche pelvienne où les anses intestinales sont très mobiles, une autre en haut, où elles sont cependant protégées par des adhérences. L'appendice réséqué est peu augmenté de volume, à son extrémité libre il présente une perforation. Sur sa surface extérieure quelques points de congestion. A la coupe on voit la tunique celluleuse épaissie. On note en outre 2 ou 3 points hémorragiques correspondant aux points de congestion. Le malade sort guéri le 1^{er} août.

OBSERVATION XI

G. Michel, 42 ans, entre salle Saint-Pothin, le 6 mai 1903. Depuis 3 ou 4 ans il présente des troubles digestifs variés. Dix jours avant son entrée, il ressent une douleur assez vive au niveau de l'épigastre ainsi que dans la fosse iliaque droite, qui s'exagère le sixième jour. Il a des vomissements porracés, de la fièvre. M. Villard le décide à une intervention pratiquée le 7 mai. Evacuation d'une certaine quantité de pus. L'appendice n'est trouvé qu'après des recherches longues et pénibles, englobé dans la paroi cœcale. Il est perforé à sa base, enchassé dans une gangue très épaisse, on l'enlève en plusieurs fragments. Le malade sort guéri le 8 juin.

OBSERVATION XII

V. Maria entre dans le service de M. Villard le 19 mai 1903 pour des accidents apparus fin avril, disparus et revenus de nouveau le 11 mai. Cette fois il s'agit nettement d'un abcès de la fosse iliaque droite d'origine appendiculaire. Intervention le 20 mai. Incision de 10 centimètres, on tombe sur un foyer purulent assez notable qu'on évacue par pression. Tamponnement de la cavité; on protège les anses intestinales par des compresses, et on recherche l'appendice qu'on trouve assez facilement. Résection. Il présente une perforation de la pointe, est de la grosseur d'un crayon, mais à la partie moyenne on voit un épaissement considérable de la séreuse et de la sous-séreuse de la grosseur d'une noix. Il a 18 centimètres.

Suites opératoires simples. — La malade sort complètement guérie le 24 juin.

OBSERVATION XIII

M. M...., 28 ans, docteur en médecine. Appendicite suppurée sous forme de collection juxtaombilicale. Laparatomie au niveau du bord externe du muscle droit. On tombe sur un péritoine sain. Le foyer appendiculaire est recouvert par des anses intestinales libres, réclinées par des compresses. Ouverture de la collection, l'appendice est retiré du foyer complètement gangrené. Drainage au moyen de mèches. Guérison complète et disparition de troubles digestifs qui existaient depuis plusieurs années.

OBSERVATION XIV

M. D., 45 ans. Plusieurs poussées appendiculaires antérieures prises pour des coliques hépatiques; présente au mois de novembre 1900 des accidents aigus qui nécessitent, le 23 novembre, l'ouverture d'une collection suppurée, adhérente au péritoine pariétal. Recherche au doigt de l'appendice qui est facilement trouvé et réséqué. Drainage par mèches, guérison en un mois.

OBSERVATION XV

M. L..., 17 ans. Appendicite aiguë franche, formation d'un abcès de la fosse iliaque qui est ouvert le 26 juin 1903. Evacuation d'une énorme quantité de pus. L'appendice est trouvé latéralement accolé à la paroi externe du cœcum. Pour l'extraire sans danger, on a recours à la méthode sous-séreuse qui facilite considérablement les manœuvres. L'organe présente une perforation terminale, et une seconde à deux centimètres au-dessus.

OBSERVATION XVI

M. G..., 10 ans. Collection appendiculaire suppurée. Incision, le 14 août 1903. L'appendice, assez difficile à trouver, est pourtant découvert; il est très court et présente une perforation à sa partie moyenne. Guérison rapide.

OBSERVATION XVII

M. P..., 19 ans. Opéré le 16 juin 1900 pour une collection suppurée, d'origine appendiculaire, située à mi-chemin entre l'ombilic et l'épine iliaque. Incision au niveau de l'induration, quelques anses intestinales libres sont réclinées; l'appendice est trouvé sans difficulté et réséqué. Drainage, guérison.

OBSERVATION XVIII

M. L..., 32 ans, est opéré le 10 février 1901 pour un énorme abcès, d'origine appendiculaire; l'appendice est néanmoins trouvé et réséqué. Huit jours plus tard, une nouvelle collection se manifeste à gauche; elle est incisée et drainée; néanmoins le malade, dont l'état général était très mauvais au moment de la première intervention, succombe peu après, sans qu'il soit possible d'attribuer la mort aux manœuvres pratiquées à droite.

OBSERVATION XIX

M. P..., 18 ans. Poussée aiguë d'appendicite, précédée d'une phase dyspeptique; petit noyau suppuré juxta-appendiculaire.

Opération le 6 décembre 1902. L'opération a lieu à peu près en péritoine sain, car la collection n'adhère pas à la paroi. Les anses intestinales grêles sont réclinées par des compresses ; la recherche de l'appendice est facile, étant donné le petit volume de la collection. Pas de réaction péritonéale, guérison rapide.

OBSERVATION XX

M. M..., 21 ans. Appendicite aiguë ; collection suppurée consécutive. Il est opéré loin de Lyon, à domicile ; ouverture de la collection incomplètement adhérente à la paroi abdominale. Il est nécessaire de refouler les anses intestinales libres par des compresses. La quantité de pus évacuée est d'environ 300 gr. ; la recherche de l'appendice est infructueuse, bien que prolongée pendant quelques minutes, au prix même de déchirures d'adhérences, on recule devant des manœuvres plus prolongées en raison du lieu de l'opération, de conditions défavorables de lumière et d'asepsie. Guérison sans incidents après drainage à la gaze.

OBSERVATION XXI

M. C..., 26 ans, présente, en avril 1900, des accidents d'appendicite aiguë, accompagnés de la formation d'une petite collection suppurée. Celle-ci est incisée le 26 avril. La collection est de petit volume et entoure l'appendice gangrené à son extrémité. Il a fallu pour arriver jusqu'à lui passer en plein péritoine sain. Ce malade a présenté, dans la suite, des accidents très graves de phlébite gauche et d'embolie pulmonaire qui ont apparu quelques heures après l'intervention et semblent avoir été déjà en évolution avant celle-ci. A aucun moment, ne se sont montrés de symptômes péritonéaux. Ce malade a du reste guéri après une longue convalescence.

OBSERVATION XXII

M. M..., 32 ans. Appendicite suppurée remontant à plusieurs jours ; état général mauvais ; vomissements fréquents, paralysie intestinale, pouls autour de 120. L'intervention a lieu à domicile. L'ouverture de la collection, facilitée par les adhérences pariétales,

donne issue à une grosse quantité de pus. L'appendice est trouvé au bout de quelques recherches et réséqué sans incidents. Amélioration rapide de l'état général, guérison en un mois.

OBSERVATION XXIII

M. D..., 46 ans, appendicite remontant à trois jours, d'une gravité exceptionnelle. Météorisme abdominal, un peu de cyanose des extrémités, vomissements incessants. Paralyse intestinale complète, pouls dépassant 130, anxiété respiratoire. L'impression générale est très mauvaise et le malade considéré comme perdu. Néanmoins une intervention est faite à domicile le 20 avril 1903. Évacuation d'une énorme collection séro-purulente de la fosse iliaque droite, descendant dans l'excavation pelvienne. Recherche rapide de l'appendice qui est bientôt trouvé et réséqué après simple ligature. L'intervention n'a duré que quelques minutes et pourtant l'état du malade inspire de vives inquiétudes. On ne perçoit qu'un pouls filant et le faciès est impressionnant. Injection de sérum et de caféine. Dans la soirée l'état général se relève, il va s'améliorant les jours suivants et la guérison se fait peu à peu. Néanmoins une fistule stercorale s'établit, très probablement en rapport avec la ligature simple de l'appendice. Elle persiste et nécessite une opération itérative le 17 juillet. Le moignon appendiculaire ne s'est en effet pas cicatrisé, un avivement des bords de la plaie et une suture assurent la guérison.

OBSERVATION XXIV

X..., 40 ans, appendicite suppurée franche, incisée le 10 mai 1902. L'appendice est trouvé au doigt et réséqué. 200 à 300 gr. de pus. Drainage. Guérison.

OBSERVATION XXV

G..., 20 ans, appendicite extrêmement grave, ayant débuté par des phénomènes hypertoxiques. Pouls incomptable, température dépassant 41°, vomissements incessants. Obstruction intestinale absolue. En présence de cet état, le médecin traitant rejette l'idée

d'une intervention et considère le malade comme perdu à brève échéance. Au bout de trois jours une détente s'étant produite et devant l'apparition d'une collection droite, une opération est pratiquée le 21 octobre 1903, au domicile du malade. Incision iliaque, évacuation d'une énorme quantité de pus. La recherche de l'appendice n'est pas faite en raison des conditions opératoires défectueuses et de l'état général du malade. Amélioration consécutive. Guérison.

OBSERVATION XXVI

X..., 27 ans, grosse collection de la fosse iliaque droite d'origine appendiculaire remontant à huit jours. Le foyer s'étend vers la région rénale. Ouverture le 28 août 1903, facilitée par les adhérences pariétales. Le doigt introduit dans la cavité a beaucoup de peine à reconnaître l'appendice, en raison des dimensions de la poche. Au cours de ces manœuvres, plusieurs cavités purulentes secondaires sont ouvertes qui auraient échappé, si on s'était contenté de l'incision simple. On finit pourtant par rencontrer l'appendice qui est décortiqué à sa partie moyenne et réséqué partiellement du côté du cœcum. L'extrémité terminale est abandonnée dans la plaie, car sa recherche serait inutile et prolongerait des manœuvres dangereuses, étant donné le local où le malade a dû être opéré, n'étant pas transportable. Pas de complications ultérieures. Guérison.

OBSERVATION XXVII

M. G..., volumineuse collection suppurée appendiculaire ; état général grave, température élevée, pouls au-delà de 120. L'intervention est faite au domicile du malade qui n'est pas transportable. Après incision de l'abcès qui est adhérent à la paroi, évacuation d'une grande quantité d'un pus très fétide. L'appendice est rapidement trouvé et réséqué, il est gangréné à sa pointe. Les phénomènes péritonéaux se sont rapidement amendés, guérison sans incidents.

OBSERVATION XXVIII

M. Q..., 46 ans, est vu par M. Villard, pour une appendicite avec péritonite enkystée. Incision le 22 octobre 1902. L'abord de la collection est facile en raison de son adhérence à la paroi. Évacuation de 200 grammes de pus environ; après quelques recherches, le doigt rencontre l'appendice qui est réséqué sans difficultés. Suites opératoires parfaites, sans incidents.

OBSERVATION XXIX

M. M..., 20 ans, collection suppurée de la fosse iliaque droite, du volume d'une mandarine. Incision le 5 juin 1903. L'appendice est trouvé facilement et réséqué dans la plus grande partie de son étendue par la méthode sous-séreuse. Guérison rapide.

OBSERVATION XXX

Mme P..., 22 ans. Appendicite au cours d'une grossesse, fausse couche, collection suppurée de la fosse iliaque, entourée d'adhérences d'une dureté ligneuse. Incision le 21 juin 1902. Evacuation d'une notable quantité de pus. Le doigt introduit dans la cavité rencontre d'épaisses adhérences très résistantes et la recherche de l'appendice est particulièrement laborieuse; elle nécessite la dilacération de certaines adhérences, la mise à nu en certains points d'anses intestinales libres. L'appendice est enfin trouvé et réséqué. Il est difficile d'enfouir le moignon en raison du peu de souplesse des tissus. Suites simples au point de vue des réactions péritonéales qui sont nulles. Mais une petite fistule stercorale s'établit et persiste plusieurs mois. Actuellement la malade est guérie.

CONCLUSIONS

- I — Le traitement des collections appendiculaires suppurées doit consister, non seulement dans l'incision du foyer, mais aussi dans la recherche systématique et la résection de l'appendice malade, en dehors de certains cas exceptionnels.
- II. — Les dangers et les difficultés de cette recherche ont été beaucoup exagérés et ne paraissent pas devoir la faire abandonner.
- III. — L'appendice laissé en place, après la simple incision, n'est que rarement détruit (2 fois sur 30 cas de nos observations personnels, soit 6,7 %). Il expose à toute une série d'accidents : rechûtes quelquefois mortelles, fistules persistantes, occlusion intestinale, troubles dyspeptiques.
- IV. — Le manuel opératoire devra consister dans la recherche de l'appendice, au doigt, après évacuation de la collection suppurée.

V. — Les résultats obtenus démontrent :

1^o L'innocuité de cette méthode (aucun décès sur 29 cas, un cas mis à part);

2^o La facilité relative de la découverte de l'appendice, — 2 recherches négatives sur 30 (statistique personnelle); — 2 insuccès sur 64 cas (Poirier).

VU :

Le Président de la Thèse

M. POLLOSSON.

VU :

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 2 décembre 1903.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université

G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

BAZY. — *Bull. et Mém. de la Société de chirurgie*, 4 janv. 1899.

BÉRA. — *Th. de Paris*, 1900.

BERGER. — *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1890, XVI.

BICHAT. — *Revue médicale de l'Est*, 1^{er} mars 1903.

BROCA. — *Bull. et Mém. de la Société de chirurgie*, 11 janvier,
11 juillet 1899.

BRUN. — *Presse médicale*, 1896; *Bull. et Mém. de la Société
de chirurgie*, 12 juillet 1898.

CARAYON. — *Th. de Lyon*, 1903-1904.

CHAPON. — *Th. de Paris*, 1901-1902.

COGHOT. — *Th. de Paris*, 1898-1899.

COITTIER. — *Th. de Paris*, 1899.

DELBET. — Remarques sur 39 cas d'appendicite. *Congrès français
de chirurgie*, 1901.

DIEULAFOY. — *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 17 janv. 1900.

EMERSON-BREWER. — *Annals of surgery*, 2^e semaine, 1898.

GÉRARD-MARCHANT. — *Semaine médicale*, 24 juillet 1895.

GILIS. — *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 16 juillet 1902.

GIRAUD. — *Société de chirurgie de Lyon*, 23 décembre 1901.

GORDON (M^{lle}). — *Th. de Paris*, 1896-1897.

GOURSOLAS. — *Th. de Lyon*, 1903-1904.

GUINARD. — *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 16 déc. 1902.

HARTMANN et MUGUET. — *Bull. et Mém. de la Société de chi-
rurgie*, 17 novembre 1897.

- HOTCHKISS. — *Annals of surgery*, 2^e semaine, 1896.
- KIRMISSON. — *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 11 nov. 1902.
- LAVABRE. — *Th. de Lyon*, 1897-1898.
- LECORNEY. — *Th. de Paris*, 1899.
- LEJARS. — *Traité de chirurgie d'urgence*, page 465.
- LOISON. — *Revue de chirurgie de Paris*, 1895; *Bull. et Mém. de la Société de chirurgie*, 1901.
- LONGUET. — *Dyspepsie appendiculaire*, *Sem. méd.*, 4 juin 1902.
- MARION. — *Gazette des hôpitaux*, 1900.
- MATTERSTOCK. — *Genrhardts Handbuch der Kinderkrankheiten*, vol. 4, page 899.
- MONOD. — *Bull. et Mém. de la Société de chirurgie*, 1901.
- PAUCHET. — *Revue internationale de médecine et de chirurgie*, 23 janvier et 10 février 1899.
- PEYROT. — *Bull. et Mém. de la Société de chir.*, 8 mars 1899.
- PHOCAS. — *Revue intern. de médecine et de chirurgie*, 1901; *Nord Médical*, Lille, 1901.
- POIRIER. — *Bull. et Mém. de la Société de chir.*, 6 juillet 1898, 23 janvier 1901, 1^{er} juillet 1902, 25 novembre 1902.
- REHM. — *Beilage zum Centralblatt (chirurgie)*, 1901, n^o 29.
- REYNIER. — *Bull. et Mém. de la Société de chirurgie*, 1899.
- RECLUS. — *Bull. et Mém. de la Société de chirurgie*, 1895 et 18 novembre 1902; *Semaine médicale*, 6 août 1895, 11 mai 1898.
- ROUTIER. — *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 26 déc. 1894, 4 janvier 1899.
- ROUX (de Lausanne). — *Congrès français de chir.*, 23 oct. 1895; *Revue médicale de la Suisse Romande*, 1892.
- SONNENBURG. — *Congrès de chirurgie de Berlin*, mai 1896; *Bull. et Mém. de la Société de chirurgie*, 1^{er} mars 1899.
- TÉMOIN. — *Archives provinciales de chirurgie*, 1901, page 454.

TUFFIER. — *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 8 février 1899.

VIGNARD. — *Th. de Lyon*, 1899.

VILLAR. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1892, n° 22, page 293.

VILLAR. — *Bull. et Mém. de la Société de chirurgie*. 29 octobre,
4 novembre 1902; *Revue de chirurgie*, 10 décembre 1902.

VILLARET. — *Th. de Lyon*, 1898.

WALTHER. — *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1^{er} février,
12 avril 1899, 7 mars 1900.

WEISS. — *Revue de chirurgie*, juillet 1898.

WHITE. — Should the appendix be removed in every case of
appendicular abcess. *Méd. M. Mag. Philad.* VIII, 389, 398.

